

REQUÊTE DE VPH  
ET/OU CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE

DATE DU PRÉLÈVEMENT : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom du prescripteur :

Numéro de pratique :

Département/Installation :

Adresse/téléphone :

Signature :

Espace réservé pour la carte d'assurance maladie, l'étiquette  
autocollante ou la carte de l'hôpital de l'utilisateur.

ESPACE RÉSERVÉ  
AU LABORATOIRE

C.C. (Nom du médecin/ IPS – Nom de la clinique médicale) : \_\_\_\_\_

ANALYSE DEMANDÉE (Renseignements obligatoires)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> TAAN VPH en 1 <sup>ère</sup> intention<br>avec cytologie réflexe si<br>VPH positif * | <input type="checkbox"/> Cytologie<br>(TAAN VPH non-requis** ) | <input type="checkbox"/> TAAN VPH ET cytologie<br>(Réservé à la clinique de colposcopie) |
|---|--|--|

PRIORITÉ (Renseignements obligatoires)

- |                                  |                                      |                               |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ROUTINE | <input type="checkbox"/> COLPOSCOPIE | <input type="checkbox"/> STAT |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|

SOURCE DU SPÉCIMEN (Renseignements obligatoires)

- |                                   |                                       |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CERVICAL | <input type="checkbox"/> DÔME VAGINAL |
|-----------------------------------|---------------------------------------|

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> DDM : _____     | <input type="checkbox"/> GROSSESSE de : _____ semaines   | <input type="checkbox"/> MÉNOPAUSE À L'ÂGE DE : _____ |
| <input type="checkbox"/> HORMONOTHÉRAPIE | <input type="checkbox"/> POST-PARTUM de : _____ semaines | <input type="checkbox"/> STÉRILET                     |

CHIRURGIE, TRAITEMENT, SUIVI ET ANTÉCÉDENT

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CYTOLOGIE ANTÉRIEURE ANORMALE dans les 5 dernières années | <input type="checkbox"/> CONISATION/LEEP      |
| <input type="checkbox"/> Antécédent de RADIOTHÉRAPIE région pelvienne              | <input type="checkbox"/> HYSTÉRECTOMIE TOTALE |
| <input type="checkbox"/> Antécédent de néoplasie du col                            |   |

Autres renseignements :

\* Selon l'algorithme de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

\*\* L'analyse de la cytologie seule s'applique aux situations suivantes :

- Si le statut VPH est connu dans les 12 derniers mois (positif ou négatif);
- Si la personne est de moins de 25 ans ou de plus de 65 ans;
- Selon les autres indications spécifiées dans l'algorithme de l'INESSS.